LYMPHOCYTOSE B POLYCLONALE À LYMPHOCYTES BINUCLÉÉS

Jean-François Lesesve*, Édouard Cornet, Hossein Mossafa***, Xavier Troussard****
* Service d'hématologie biologique, CHU de Nancy, 54000 Nancy.
** Laboratoire d'hématologie Côte de Nacre, CHU de Caen, 14033 Caen Cedex 9.
*** Département de génétique humaine, Laboratoire Pasteur-Cerba, 95066 Cergy Pontoise Cedex 9.
troussard-x@chu-caen.fr

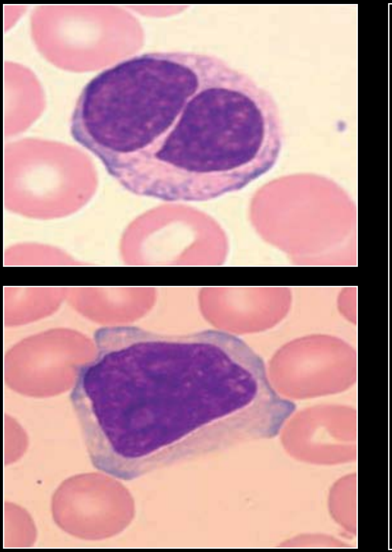

FIGURE 1

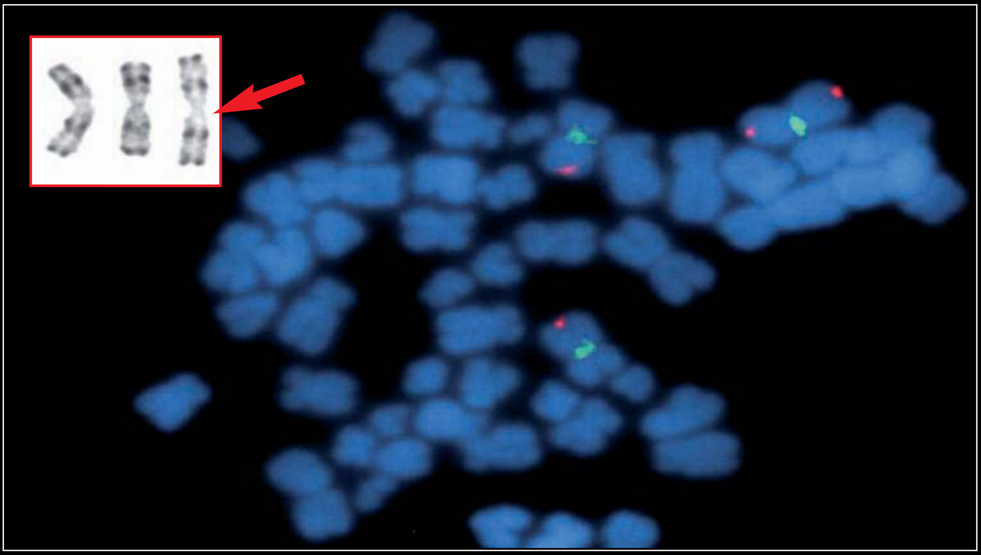

FIGURE 2 ET 3

CETTE FEMME DE 41 ANS, fumeuse à plus de 20 paquets-années, consultait pour asthénie. L'interrogatoire et l'examen clinique étaient sans particularité.
Une lymphocytose chronique stable était connue depuis 3 ans. À l'hémogramme, il existait une lymphocytose absolue à 5,2 x10^9/L, isolée sans anémie ni thrombopénie. Sur le frottis sanguin, parmi une population de cellules de taille moyenne à cytoplasme plus étendu et modérément basophile (fig. 1), quelques lymphocytes possédaient 2 noyaux. Le phénotype immunologique des lymphocytes montrait une population B augmentée avec un aspect polyclonal. L'électrophorèse des protides sériques indiquait une IgM augmentée à 3,5 g/L. L'examen cytogénétique a montré une anomalie du chromosome 3 (isochromosome 3q, fig. 2).

La lymphocytose polyclonale à lymphocytes binucléés, entité rare et méconnue de découverte récente (1982),[1] reste difficile à diagnostiquer. Elle est presque constamment décrite chez des jeunes femmes fumeuses, avec comme seul point d'appel une lymphocytose modérée entre 4 et 7x10^9/L, par augmentation polyclonale des lymphocytes B, associée à la présence d'un phénotype HLA-DR7, d'une augmentation des IgM et d'une anomalie cytogénétique très particulière, l'isochromosome 3q.[2] L'immunophénotype montre un profil quasi constant Ig M+D, CD5-, 10-, 23-, 43-, 27+, 79b+. L'étude caryotypique est utilement complétée par une technique FISH indiquant un iso 3q et/ou une trisomie 3 chez environ les deux tiers des patients (fig. 3). Une grande instabilité caryotypique est observée, et un syndrome de condensation prématurée de la chromatine souvent noté. Le rôle du tabac reste méconnu. La lymphocytose décroît à son arrêt, les anomalies génétiques persistent. La maladie est considérée bénigne ; une transformation possible en lymphome non hodgkinien justifie une surveillance hématologique prolongée.[3]

1. **Gordon DS, Jones BM, Browing SW, Spira TJ, Laurence DN**. Persistent polyclonal lymphocytosis of B-lymphocytes. N Engl J Med 1982;307:232-6.
2. **Troussard X, Cornet E, Lesesve JK, Kourel K, Mossafa H et le Groupe français d'hématologie cellulaire (GFHC)**. Polyclonal B-cell lymphocytosis with binucleated lymphocytes: a review. OncoTargets and Therapy 2008; sous presse.
3. **Cornet E, Lesesve JF, Mossafa H, et al.** Long-term follow-up of 111 patients with persistent polyclonal b-cell lymphocytosis (ppbl) with binucleated lymphocytes. Leukemia, 2008; sous presse.

TOUS DROITS RESERVES - LA REVUE DU PRATICIEN